Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Johannes Ummethun,
approb. Arzt aus Barnstorf, Bez. Bremen.

Referent: Prof. Dr. Voelcker.
Tag der Promotion: 2. Juli 1920.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Halle a. d. S. 1920
Buchdruckerei des Waisenhauses

Stenose des Ductus hepaticus durch systematische Bougierung geheilt.

Als Ursache einer Stenose der Gallenwege kommen geschwürige Prozesse im Innern der Gallenwege mit sekundärer Narbenstenose, entzündliche Vorgänge in der Umgebung der Gallenwege mit Verwachsungen und Abknickungen in Betracht, bei weitem am häufigsten ist die Stenose durch Tumoren bedingt, die von der Umgebung ausgehen und durch Kompression wirken oder in den Gallenwegen selbst ihren Sitz haben und sie verschließen. Im ersteren Falle sind es meist Pankreastumoren, das Prototyp der von den Gallenwegen ausgehenden Geschwülste ist das Carcinom. Insbesondere sind Stenosen des Ductus hepaticus durchweg carcinomatöser Natur, auf entzündlicher Grundlage sind sie so ungemein selten, daß Kehr dringend vor der Diagnose „entzündliche Striktur" warnt, weil meist ein Carcinom dahinter stecke. — Es folgen die Krankengeschichten von 15 operativ behandelten Hepaticuscarcinomen, die aus der zur Verfügung stehenden Literatur gesammelt wurden. Veranlassung zu der Arbeit gab ein Fall carcinomatöser Hepaticusstenose, der in der Heilanstalt Weidenplan zu Halle a. d. S. operiert wurde. Krankengeschichte folgt: Anamnese: Im August 1919 ist Ikterus ohne Anfälle aufgetreten und hat dauernd zugenommen; dabei bestand ein dumpfer Druck im rechten Oberbauch; keine Koliken. Große Mattigkeit, Schwäche und Gewichtsabnahme. Stuhl: grau-weiß. Urin: bierbraun. Befund: Kleine, stark abgemagerte Frau. Es besteht intensivster Ikterus (Melasikterus). Gallenblase nicht fühlbar. Kein Tumor im Bauche. Geringer Ascites. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Carcinom der Gallenwege. Operation am 10. 1. 20. (Prof. Dr. Voelcker).

Äthernarkose. Paramedianschnitt. Etwas galliger Ascites. Gallenblase weich, enthält keine Steine, kein Tumor nachweisbar, tiefe Gallengänge sind nicht erkennbar krank. Incision in den Choledochus unterhalb der Cysticusmündung. Abfluß von etwas „weißer Galle". Die Sonde gleitet abwärts frei durch die Papille. Im Hepaticus unüberwindlicher Widerstand. Es gelingt mit einem feinen Metallkatheter, durch das Hindernis zu kommen, das sich derbschwielig anfühlt und als Scirrhus aufgefaßt wird. Da das Einführen eines Gummikatheters mißlingt und die Ausführung einer Hepato-Cholangio-Enterostomie bei dem elenden Zustand der Patientin contraindiziert erscheint, bleibt der Katheter liegen. Auf der Leberoberfläche machen sich einige bläschenförmige Gebilde bemerklich, die als erweiterte Gallengänge aufgefaßt werden. Die Punktion ergibt ebenfalls „weiße Galle". Naht der Bauchwunde in drei Schichten, wobei eine der Gallencysten in den unteren Wundwinkel eingenäht wird. Tampon auf das Leberbett.

Verlauf: Anfangs guter Gallefluß. Die Galle färbt sich nach einigen Tagen. Auch der Stuhl zeigt leichte Gelbfärbung. Nach einigen Tagen stockt die Galle. Temperaturanstieg. Auch durch Spülungen gelingt es nicht mehr, den Gallefluß in Gang zu bringen. Da man mit dem Metallkatheter anscheinend durch die Striktur nicht mehr hindurchkommt, Entfernung des Katheters; danach geringer Gallefluß. Die

Wunde heilt glatt, der Stuhl färbt sich immer besser. Temperaturen treten nicht mehr auf. Bei der Entlassung am 30. 1. 20 besteht noch gallige Sekretion aus dem unteren Wundwinkel. Ikterus erheblich zurückgegangen. Wohlbefinden. 5 Pfund Gewichtszunahme. Dem Hausarzt überwiesen. — Mitte März: Nach mehrfachen Berichten hat sich das Befinden der Patientin weiter gebessert, die Gallensekretion aus dem unteren Wundwinkel besteht noch (offenbar aus dem eingenähten, erweiterten Gallengang) Bericht Mitte Juni: Allgemeinbefinden gut, keine Beschwerden. Appetit gut, doch wieder Gewichtsabnahme um 5 Pfund; große Schwäche. Ikterus zurückgegangen, Stuhl wechselnd grau und etwas gelb. Aus der Wunde kommt noch gallige Flüssigkeit.

Die klinischen Erscheinungen des Hepaticuscarcinoms ergaben durchweg das typische Symptomenbild: allmählich entstehender, ständig evtl. bis zum Melasikterus zunehmender Ikterus, dementsprechend acholische Stühle, reichlich Gallenfarbstoffe im Urin, schmerzloser Beginn, meist nur dumpfes Druckgefühl im rechten Oberbauch und Störungen von Seiten des Verdauungstractus; frühzeitig auftretende allgemeine Schwäche und Abmagerung; Fieber nur durch gleichzeitig bestehende Cholangitis bedingt. Nicht selten Koliken, durch Steine oder andernfalls nach Kehr durch Ansammlung von Bakterien oberhalb der strikturierten Stelle veranlaßt. Wichtig ist das Verhalten der Gallenblase: bei streng auf den Hepaticus lokalisierten Carcinomen nicht palpabel, bei der Operation: ein zusammengefallener leerer Sack. Durch gleichzeitigen Verschluß des Cysticus bestand in 2 Fällen das Bild des Hydrops. Ein in 3 Fällen in der Gallenblasengegend fühlbarer Tumor stellte sich bei der Operation als steinhaltige Gallenblase dar. Gallensteine wurden in 4 Fällen bei der Operation nachgewiesen; ferner war in einem Falle 3 Monate vorher, in einem anderen etwa 5 Jahre vorher wegen Steinen die Cystektomie gemacht. Das männliche Geschlecht war vorwiegend befallen: 13 Männer gegenüber 3 Frauen. Die Altersangaben lauteten: in einem Falle: 29 Jahre, in 3 Fällen: 40 bis 50 J. in 2 Fällen 50 J., in 4 Fällen 50 bis 60 J., in 4 Fällen 60 bis 70 J., in 2 Fällen fehlten sie. Eine klinische Diagnose ist nach Ansicht des Verfassers in unkomplizierten Fällen von Hepaticuscarcinomen möglich. Durch genaueste Berücksichtigung der Anamnese, die sich auf die kleinsten Einzelheiten zu erstrecken hat und sorgfältige Untersuchung des Kranken wird es möglich sein, den Tumorikterus vom Funktionellen und Steinikterus zu trennen. Den Tumor der Gallenwege werden wir auf Grund unserer Kenntnisse über das Verhalten der Gallenblase genauer lokalisieren können: Schrumpfung bei Hepaticuscarcinom, Vergrößerung und Palpationsmöglichkeit beim Carcinom des Choledochus und des Zusammenflusses von Hepaticus und Choledochus.

Die Prognose ist ohne Operation durchaus infaust: unter zunehmender Schwäche und Abmagerung bei ständig zunehmendem Ikterus tritt über kurz oder lang, im allgemeinen im Verlauf von etwa 6 Monaten, unbedingt der Tod ein, meist bedingt durch eine cholaemische Intoxikation oder an Marasmus, selten durch das Carcinom unmittelbar.

Die Aussichten der operativen Behandlung erscheinen günstig insofern, als sich das Carcinom schon in einem Stadium bemerkbar macht, wo es noch auf den Hepaticus lokalisiert ist, überaus ungünstig werden sie aber durch den Sitz des Carcinoms in einer schwer zugänglichen und wegen der leichten Möglichkeit der Gefäßverletzung gefährlichen Gegend. Operativ anzugehen sind nur die extrahepatisch gelegenen, für die im Hilus hepatis gelegenen Carcinome kommen nur 2 palliativ wirkende Operationen in Frage: die Cholangiostomie oder Cholangioenterostomie. Bei den 15 gesammelten Fällen begnügte man sich zweimal mit der einfachen Laparotomie, ihr wurde in 3 weiteren Fällen eine völlig zwecklose Cholecystostomie bzw. Cholecystenterostomie bzw. Cholecystektomie angefügt. Tod nach spätestens 8 Tagen an cholaemischen Blutungen und allgemeiner Schwäche. Denselben Ausgang zeitigten die bei 2 Patienten ausgeführte Hepaticusdrainage und die von Kehr in einem Falle versuchte Dehnung mit Laminariastiften. Einer Hepatostomie, die Kehr bei einem anderen Patienten ausführte, konnte die geplante Verbindung des Lebertunnels mit dem Magen oder Darm leider wegen zunehmender Schwäche nicht angeschlossen werden. Tod nach 20 Tagen. In 5 weiteren Fällen stellte Kehr eine Verbindung zwischen Leber und Magen bzw. Duodemnum her: zweimal mit Zwischenschaltung der Gallenblase: Die Patienten überlebten die Operation nur um Tage. Nur in einem einzigen Falle wurde eine Radikaloperation ausgeführt: Nach Resektion von Gallenblase, Choledochus und Hepaticus wurde eine Hepato-Cholangio-Gastrostomie ausgeführt. Nach gutem Verlauf erfolgt nach 4 Tagen an einer cholaemischen Magenblutung der Tod. In unserem Falle gelang es durch Dehnung mittels Metallkatheters die Striktur soweit durchgängig zu machen, daß eine gute Färbung der Stühle eintrat, durch eine äußere Gallefistel wurde noch für weiteren guten Galleabfluß gesorgt. Es stellte sich Abnahme des Ikterus, Wohlbefinden und Gewichtszunahme von 5 Pfund ein. Nach 5 Monaten trat bei weiter abnehmendem Ikterus wieder Gewichtsabnahme ein, die Stühle sind nicht mehr gleichmäßig gefärbt, es wechseln schwach gelblich gefärbte mit acholischen: es ist wohl leider das sichere Zeichen, daß das Carcinom gewachsen, und die Durchgängigkeit des Hepaticuslumens wieder fast völlig aufgehoben ist. Das Schwinden des Ikterus ist durch die gut funktionierende äußere Gallefistel erklärt. Von ihrer weiteren guten Funktion wird in der nächsten Zeit das Befinden der Patientin abhängen: bei ihrem Versagen wird eine cholaemische Intoxikation die Folge sein und das Ende herbeiführen, das sonst wohl durch allgemeine Schwäche eintreten wird.

In 16 angeführten Fällen ist es also nur in einem Falle gelungen, auf operativem Wege eine vorübergehende Besserung zu erzielen und so der Patientin für mehrere Monate ein erträgliches Dasein zu verschaffen. Da aber eine medikamentöse Therapie von vornherein aussichtslos ist, so schließt sich Verfasser der Meinung Kehrs an, daß „in einem so verzweifelten Falle wie ihn ein Hepaticuscarcinom darstellt, jeder Eingriff, der irgend eine Aussicht auf Erfolg hat, erlaubt ist."